



Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin Dres. med. Mühlenfeld, Brase, Coutelle  
FB Arztwechsel V. 1.4

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

In der Hausarztzentrierten Versorgung wählen Patienten ihren Hausarzt als Ansprechpartner zu allen Fragen ihrer Gesundheit. Das Hausarztprogramm ermöglicht es uns eine bessere und umfassendere Versorgung anzubieten. Von Patienten die neu zu uns kommen erwarten wir die Teilnahme am Hausarztmodell.

Möchten Sie an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen?

ja

nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? \_\_\_\_\_

Name der Medikamente: \_\_\_\_\_

Wer war Ihr vorheriger Hausarzt? \_\_\_\_\_

Ist eine Verständigung ohne Dolmetscher möglich? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Füllt medizinische Fachkraft aus. MFA: Datum: Vorgelegt H  Q  X

Aufnahme möglich  nicht möglich  Arzt/Ärztin ----- / PAM-----

Erstellt: 04.01.2023  
Frau Scharsich

Geprüft: 04.01.2023  
Frau Reimann

Freigegeben: 11.01.2023  
Herr Dr. Mühlenfeld